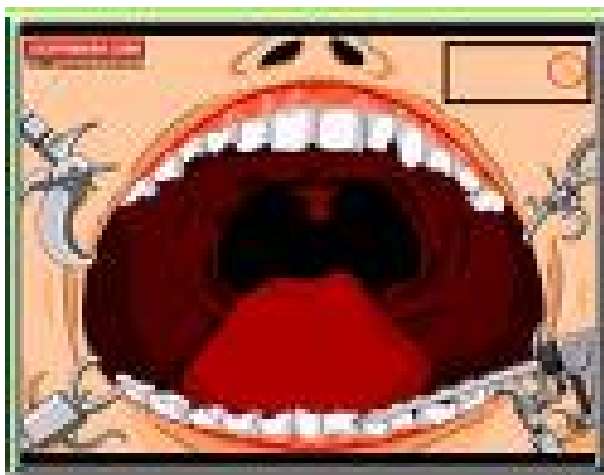




QUESTIONI SULLA POLIZZA SANITARIA



Perugia, 06/05/2008

POLIZZA SANITARIA – SOLDI NOSTRI

All'inizio di ottobre 2007, con notevole ritardo, circa due mesi dopo l'invio dei rimborsi, molti dei quali avvenuti con assegno circolare e non con accrediti diretti sul conto corrente, sono stati consegnati, dalla Reale Mutua Assicurazioni, ai dipendenti di INPS, INAIL, INPADAP e ACI gli avvisi di pagamento comprendenti anche i PROSPETTI DI LIQUIDAZIONE per “Richieste di rimborso a Polizza Sanitaria” per i dipendenti dei suddetti Enti e degli altri Enti aventi titolo (Gara Prot. 2300565 del 25/02/2003) per le Prestazioni di cui al Punto 3.5 – All.B

A fronte di richieste di rimborso RILEVANTI ed ASSOLUTAMENTE REGOLARI, quindi DOVUTE, GLI IMPORTI LIQUIDATI sono stati NOTEVOLMENTE SPEREQUATI ed appaiono PALESEMENTE ERRATI.

CON QUESTO DOCUMENTO SI RAPPRESENTA COME LA NON OCCASIONALITA' DELL'EVENTO, VISTO CHE SI TRATTA DI SITUAZIONI GIA' VERIFICATE IN ANNI PRECEDENTI, HA FATTO SI CHE I DESTINATARI DEI RIMBORSI ABBIANO PRESTATO PIU' ATTENZIONE AI PROSPETTI, RILEVANDO GLI ERRORI MACROSCOPICI SOTTOINDICATI:

- OMISSIONE di ricevute, anche di importi rilevanti, REGOLARMENTE inviate all'Organismo Interenti tramite le Aree Strumentali delle Sedi con Raccomandata R.R. e delle quali le stesse Aree Strumentali conservano documentazione agli atti,

- ricevute indicate come inviate due volte e quindi non liquidate: codice ERRORE "ES",

- ricevute che sebbene contenenti DETTAGLIATA DESCRIZIONE DELLA PRESCRIZIONE, COME DA TARIFFARIO MINIMO NAZIONALE, non sono state liquidate e vengono codificate con CODICE ERRORE "ES" cioè RICEVUTA RIMBORSATA E GIA' INVIATA DUE VOLTE.

Alla luce delle suddette problematiche sono sorte spontanee alcune domande:

A) Perché ogni anno bisogna aspettarne circa DUE per ottenere il rimborso, che se errato, costringe i malcapitati a RICOMINCIARE NUOVAMENTE L'ITER che aggiunge un ulteriore anno all'attesa prima di riuscire ad ottenerlo corretto? Spesso alcuni dipendenti, ormai delusi e rassegnati, decidono di rinunciare a presentare le loro richieste, perché, dicono: ..."AL DANNO SI AGGIUNGE LA BEFFA".

B) Perché i termini per le richieste di rimborso sono FRAZIONATI E LE SCADENZE ANNUALI RIMANDATE PERIODICAMENTE, CREANDO ENORME CONFUSIONE e facendo sì che moltissimi dimentichino di presentare le domande nei tempi corretti o dimentichino di allegare tutte le fatture relative al periodo corretto?

C) Si tratta di una strategia costruita per scoraggiare le richieste di rimborso? Ed anche alcune considerazioni: A fronte della innegabile utilità che il servizio potrebbe avere se ben gestito, risulta che siano ancora molti gli aspetti di cui i lavoratori sono insoddisfatti: -macchinosità del sistema di inoltro delle richieste di rimborso, -esiguità delle cliniche convenzionate, -mancato rimborso delle visite specialistiche, -franchigie troppo elevate, soprattutto per la diagnostica, -anacronistico riferimento per le spese dentistiche all'ormai ultra-superato "tariffario minimo nazionale" risalente al 1992 quando il valore della lira era, ed a distanza di 16 anni si può ben dire, meno della metà dell'euro,

-percentualizzazione del rimborso in base alle richieste totali,

-mancata restituzione delle cartelle cliniche inviate alla società assicuratrice.

Al di là delle considerazioni sarebbe comunque necessario e corretto sapere quante richieste l'assicurazione ha considerato errate e quante di queste saranno successivamente sanate; allo stesso modo sarebbe indispensabile avere una corretta informazione su QUANTO L'AMMINISTRAZIONE PAGA per la polizza e QUANTO LA SOCIETA' RIMBORSI ai dipendenti.

L'8 aprile u.s. è stato sottoposto alla firma delle OO.SS. maggiormente rappresentative il

Protocollo di Intesa per la costituzione di una nuova associazione interenti per la copertura dell'assistenza sanitaria dei dipendenti del Comparto Enti Pubblici non economici.

La richiesta che i dipendenti rappresentano agli Enti è quella di predisporre un progetto di lavoro che faciliti realmente i rapporti interlocutori con l'Assicurazione e che proceda ad un controllo sulla correttezza delle pratiche espletate, cosa che non può essere fornita, allo stato attuale, dalla struttura interenti presente all'INPS, sia per l'esiguità del personale che la compone sia per la mancanza o l'inefficienza, ormai da lungo tempo, dei diretti responsabili del servizio.

Si richiede, quindi, all'Amministrazione di farsi carico di interloquire con la Reale Mutua perché vengano sanate al più presto tutte le situazioni ad oggi irrisolte.

RdB CUB INAIL Coord. Naz. P.I.

Roma, 6 maggio 2008